

DR. IGNACIO CHAVEZ

La Moral Médica Frente a la
Medicina de Nuestro
Tiempo

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE
SAN LUIS POTOSI
1964

medicina
439



La Moral Médica Frente a la Medicina de Nuestro Tiempo

DR. IGNACIO CHAVEZ

Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México

*Ex-Presidente de la Academia
Nacional de Medicina*

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE
SAN LUIS POTOSI

1964

La Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí edita ahora, por segunda vez, una conferencia del maestro Ignacio Chávez. Hace cinco años reprodujimos, en una edición idéntica a la actual, su conferencia pronunciada en la ciudad de Bruselas durante la celebración del Tercer Congreso Mundial de Cardiología. Hoy, con la bondadosa aceptación de él otra vez, hemos impreso esta lección ejemplar de conducta que señala al médico normas morales para su ejercicio.

Esta conferencia magistral fue leída en la ciudad de México el día 4 de mayo de 1964, al celebrarse el congreso

del Primer Centenario de la Academia Nacional de Medicina.

La de ayer, constituyó una contribución fundamental que señalaba normas para el ejercicio digno de una profesión; era a la vez un análisis de la situación presente y una fórmula para superar, a través de un humanismo operante y actualizado, el materialismo de la carrera de médico. La de hoy, traza con vigor y con claridad insuperables el camino justo, la meta precisa para marchar con rectitud en esta profesión. Pero no es sólo una lección hermosa y sabia sobre temas conocidos de moral médica; es un código actualizado, puesto al día, en el que se analizan los problemas morales que plantea el ejercicio de la medicina de hoy, el de los tiempos en que vivimos bajo el peso de responsabilidades nuevas que todavía no han sido analizadas por nadie. Se estudia igual el escabroso aspecto de la distribución de honorarios —ahora tan en boga— que el uso de los medicamentos modernos; lo mismo los problemas que plantea el ejercicio de la medicina socializada que la situación de responsabilidad que han creado las nuevas técnicas de exploración. Es, en suma, otro gran documento que servirá para señalarle al médico en forma permanente, como lo hizo el de Bruselas, caminos precisos para seguir en la vida una trayectoria recta y una conducta digna. Por ello nos hemos empeñado en publicarlo.

El honor de hacerlo, nos fue concedido por el propio maestro Chávez para quien nuestra lealtad de discípulos se vivifica con estos rasgos de humana comprensión. La facilidad para imprimirlo, fue decidida por el actual Rector de

nuestra Universidad, licenciado Guillermo Medina de los Santos, a quien le expresamos nuestra gratitud.

El empeño puesto por nosotros a fin de obtener una edición pulcra es el único homenaje de reconocimiento que podemos ofrecer a su autor.

JOSE MIGUEL TORRE

Director de la Escuela de Medicina de la
Universidad Autónoma de San Luis Potosí

En los tiempos actuales, decía hace poco Jean Gosset, no está de moda hablar de moral médica. Se corre el riesgo de ser tachado de "moralista", de falso virtuoso o, cuando menos, de utopista.

Eso, por desgracia, es cierto. De aquí que no pueda sacudirme una cierta sensación de incomodidad al venir ante ustedes a desarrollar el tema que se me ha pedido, el de los conflictos de la moral médica frente a ciertos problemas de nuestro tiempo.

El tema de fondo, el de la moral médica, es tan viejo, que el mismo padre Hipócrates se empeñó en dejarlo plasmado en su célebre Juramento, hace ya 24 siglos. Pero

convengamos en que, viejo y todo, el tema no ha perdido su vigencia, y sigue anclado, como preocupación eterna, en la conciencia de los médicos. Hay algo profundo que nos dice que en nuestra vida profesional no bastan los dictados de la moral a secas, de la moral moral. Ella es, sin duda, el fondo obligado; es la raíz sin la cual la otra moral no existe. Sin ella, sin la que llevamos adentro como hombres, todo intento de formular doctrinas de moral profesional, pararía sólo en la redacción de un código hueco; en palabrería inútil, en vez de un concierto de voces rectoras; en ordenamientos hechos para ser violados, no para ser cumplidos.

Sí, la moral individual es la condición primera. El médico recto y bueno exige al hombre bueno y recto. Con la moral individual como guía, el médico encontrará casi siempre su camino. Sus voces lo llevarán siempre hacia el bien y podrá cumplir su misión de amor hacia los hombres. "Cuando se tiene en el corazón la raíz del amor, decía el filósofo cristiano de Alejandría, de esa raíz no puede salir más que el bien".

Todo esto es verdad y está en la base de la moral eterna. Pero las circunstancias en que el médico debe actuar y los problemas propios de su ejercicio profesional, esos son, por definición, cambiantes. El tiempo y las complejidades de la vida social no permiten ejercer hoy la medicina como se hacía hace siglos. El trabajo de Hipócrates no es el de nuestros días. Ahora no todo se limita al diálogo entre enfermo y médico ni a la actuación del médico-sacerdote. No todo es entrega de una confianza y respuesta de una responsabilidad. Ni siquiera el médico de espíritu religioso está seguro siempre de hallar refugio en el mandato de su religión, sino que ha surgido, frente a todos, un factor nuevo, el de la ley protectora de grandes grupos sociales, que puede entrar en conflicto con los dictados interiores.

Por eso la necesidad de fijar las normas de una moral profesional y de ajustárlas, de tiempo en tiempo, a las nuevas exigencias del ejercicio médico, a tono siempre con los cambios sociales y los ordenamientos legales.

No voy, por supuesto, a revisar todos los capítulos en que se ha hecho imperioso, o cuando menos, discutible, un cambio en la moral médica tradicional. Casos hay en que las cosas llegan hasta chocar con los principios de largos siglos, y otros en que sólo se acentúan los perfiles de un desajuste con la realidad actual, pero en los que importa fijar su alcance deontológico.

Quiero revisar unos cuantos de esos capítulos, quizá los principales. Revisarlos quiere decir plantearlos, no necesariamente resolverlos. Algunos hay que quedarán reservados, de momento, a la conciencia de cada uno, en espera de que se logre un consenso universal.

I. EL DEBER DE ESTUDIAR Y DE SABER

Hipócrates, en su célebre Juramento, que han repetido cien generaciones, no incluyó el tema del estudio y del saber del médico. No lo puso entre sus obligaciones sagradas, si es que había de cuidar la salud y proteger la vida de sus enfermos. En cambio, todos los códigos de moral médica, los de todos los países, han incluido éste entre los grandes deberes. Pero ninguno lo enfatiza suficientemente, ninguno lo pone entre los primeros. Y yo pienso que la moral médica empieza allí, justamente, en prestar al enfermo el servicio mejor que la medicina ofrezca; en responder a la confianza del enfermo, que se entrega, con los elementos más eficaces que la medicina tenga. Que el límite de la capacidad de ayuda que presta el médico sea el que hayan

alcanzado los conocimientos de su tiempo y no el otro, situado muy atrás, que le fije su ignorancia.

Esto ha sido siempre verdad, pero ahora lo es más que nunca, porque ahora los conocimientos envejecen en unos cuantos años lo que antes no hacían en el curso de toda una vida. Y no renovarse, no estar atento a los avances, es condenar a los enfermos a no recibir el beneficio de ellos, y hacerles correr el riesgo de una pobre, estéril atención, cuando podrían salvarse con los recursos recientemente conocidos.

Renovarse, estar al día, fue siempre preocupación del médico inteligente. Lo hacía solo, casi siempre. Ahora es una necesidad tan imperiosa, que la han tomado a cargo el Estado, las Universidades y los hospitales. Ahora ya no es un problema personal sino un problema social, que múltiples organismos ayudan a resolver. La educación continua del médico se facilita así grandemente y la obligación moral de realizarla se vuelve más imperiosa, más inexcusable.

Así y todo, nunca sabrá el médico lo bastante ni menos estará en posibilidad de dar siempre el mejor servicio. Y se le planteará a menudo la pregunta obsesiva: ¿actuar?, ¿abstenerse?, ¿consultar? Su conciencia será su juez. Frente a sí deberá estar, constantemente, la frase de Louis Portes, que le define su situación y le sintetiza su deber: "una confianza frente a una conciencia".

II. LA EXPERIMENTACION QUE IMPLICA RIESGO PARA EL ENFERMO

La vieja sentencia *primum non nocere* marcó siempre el límite de lo permitido: nada que implique daño. Claude

Bernard ponía énfasis hace un siglo en que la experimentación en el hombre era lícita sólo en la medida en que fuese inofensiva. Hoy no podríamos admitir semejante limitación. Serían pocas; muy pocas, las exploraciones y más pocos aún los ensayos terapéuticos permitidos, ya se trate del empleo de drogas, o bien, de nuevas intervenciones quirúrgicas.

Si hemos avanzado en medicina es gracias a la audacia de haber franqueado esa barrera tradicional de la inocuidad. Médico y enfermo aceptaron correr ciertos riesgos, con tal de que fuesen razonables y en consonancia con el beneficio que se espera de los ensayos.

Enfoquemos el problema de la cirugía. Todavía en el siglo pasado pudo alguien decir que el cirujano que se atreviese a operar el corazón merecería el desprecio y la condena de la profesión. Era, por supuesto, en razón del riesgo. El primero que lo intentara actuaría en el plano de un investigador que realiza un experimento en el hombre. Y llegó el día en que cirujanos audaces lo intentaran. Gross ligó el primer *ductus arteriosus*. Craaford reseco la primera coartación de la aorta. Bayley entró al interior del corazón para corregir la estenosis mitral y Blalock y Beck y Russel Brock idearon y realizaron nuevas formas de cirugía para corregir malformaciones congénitas.

¿Quién podría decir que violaron las normas de la moral, al exponer a sus enfermos a un riesgo desconocido, y, en todo caso, muy grave? Un ensayo así, *in anima nobile*, ¿podría ser considerado audacia reprobable? De momento, ante la mirada estupefacta de sus contemporáneos, no faltó quien así lo pensara; sobre todo, a cada paso nuevo que se daba, y más aún, al irse acumulando estadísticas negras. Por un enfermo que se salvaba, otros varios morían en la prueba. ¿Era lícito seguir? ¿Había que frenar el ímpetu,

por inmoral? ¿Dónde marcar el límite de lo permitido y de lo reprobable?

Fueron años de graves problemas de conciencia. Nosotros mismos, en el Instituto Nacional de Cardiología, médicos y cirujanos, supimos de las angustias de la duda en esa época de los pioneros. ¿Seguir o detenerse? esa era la cuestión. Hoy que el panorama se ha aclarado y que la cirugía del corazón salió victoriosa y ha pagado con miles de vidas salvadas, pueden fijarse normas en que se conjuguen la ciencia y la moral.

Cuando se tenga el personal humano reciamente preparado para lanzarse al campo nuevo; que disponga del equipo material necesario, sin improvisaciones peligrosas; que se haya entrenado en la experimentación animal para resolver situaciones, en lo que quepa, semejantes; cuando el problema nuevo que va a atacarse haya sido estudiado a fondo y se hayan previsto sus riesgos y se tengan las probabilidades razonables de su dominio; cuando se tenga el consentimiento del enfermo o de sus familiares responsables, advertidos de esos riesgos; cuando todo eso se tenga, el ensayo terapéutico, pese a sus peligros, es un ensayo lícito, sin reproche moral. El enfermo puede morir y sin embargo, la reiteración del gesto quirúrgico seguirá siendo permitida, si el cirujano no recogió la impresión de falsedad en sus premisas, ni de tropezar con imposibilidades reales, sino que sólo advierta imperfecciones en la técnica, posible de corregirse en un segundo ensayo, o bien la presencia de un factor imprevisto, susceptible de ser determinado y controlado en el futuro. En tales casos, es lícito seguir. El progreso de la medicina está hecho de eso, de los errores dominados por el talento y la perseverancia del hombre. Pero en todo momento, frente a la duda obsesiva, deberá recordar que tiene un juez: su conciencia, y que su obstinación tiene un lími-

te: la convicción de que el obstáculo es superable, y de que el beneficio de su enfermo es realidad al alcance de su mano, no pura utopía.

III. LA EXPERIMENTACION CON LAS NUEVAS DROGAS

En otros campos de su actividad el médico también realiza experimentos con sus enfermos. Es el caso de la aplicación de las nuevas drogas, a veces potentes, y tanto más ofensivas cuanto más potentes son. Se las lanza a diario por los laboratorios, que se han vuelto empresas mitad comerciales y mitad científicas. Ya no son ahora los médicos los que introducen nuevos medicamentos a la farmacopea; son los químicos al servicio de los industriales. Después, los farmacólogos hacen el ensayo en animales, y al último, es el turno de los médicos, para aplicarlos en el hombre.

Mientras se sigue este proceso, se está en el riesgo, al llegar a la aplicación humana; pero en el riesgo legítimo, en que los peligros son conocidos o, cuando menos, previsibles. Pero no siempre es así. No siempre es posible saber qué tanto hay de espíritu comercial o de aventura científica en los productos que se lanzan. Ni qué fe merezcan los ensayos ni los artículos de cierta prensa médica que los recomiendan. En ellos se muestran los éxitos, pero a menudo se callan los fracasos. Y el médico que ejerce, sin espíritu crítico, con credulidad ingenua, suele aceptar todo lo que recibe por igual. ¿Es ética esta conducta? Tanto más dudosa es la calificación, cuanto menos científica sea su actitud.

Habitualmente el médico sólo incurre en un error de conducta, pero a veces llega a contravenir los dictados de la moral, cuando emplea, sin información fehaciente, una droga peligrosa que no conoce. En tales casos, o se la debe

estudiar más a fondo, o se debe esperar a que la experiencia de otros más calificados, defina sus usos y sus riesgos.

Esta limitación, esta reserva, no reza, por supuesto, con el investigador que va a definir, justamente, el valor de la droga. No reza en la medida en que él mismo esté bien preparado para su manejo y para evitar o controlar los riesgos. Lo que en el investigador es sólo audacia cautelosa y permitida, en los imprevistos se convierte en irresponsabilidad, condenable desde el punto de vista moral.

IV. LA INVESTIGACION EN EL HOMBRE PARA DILUCIDAR PROBLEMAS DE CONOCIMIENTO, NO DE CURACION DEL HOMBRE

Introducir un catéter en las cavidades del corazón para registrar el potencial intracavitario o el fonocardiograma interior; hacer con sustancias radioopacas la opacificación de las arterias coronarias, para saber el desarrollo de la red anastomótica; realizar biopsias del hígado o del riñón, para definir los daños que produce la insuficiencia cardíaca o para conocer los que conducen a la insuficiencia renal; lanzar a la circulación sustancias radioactivas para que sean fijadas en ciertos órganos, ignorando si su retención puede causar daños a los tejidos; todo eso y otras cosas, más agresivas aún, como la punción con biopsia del corazón, hecha con fines de estudio y no de tratamiento, ¿son prácticas lícitas?, ¿caen dentro de lo moral?

Se comprende que el censor rígido —o al contrario, tímido— pueda pronunciarse en contra de estos métodos. Aduciría que el riesgo, muy real aunque no muy alto, no se compensa con la promesa de beneficio para el enfermo. Nada de eso le va a servir para su curación. ¿Por qué aumen-

tar entonces sus molestias y provocarle riesgos? Sin embargo, nadie podría, fundadamente, pronunciarse en contra, ni menos tachar esas prácticas de inmorales. ¿Quién marca el límite entre los dos campos? Todo lo que nos conduce a saber, nos abre el camino para actuar. Para actuar hoy o mañana, ninguno podría decirlo, en ese mismo enfermo o en otro, cuando el conocimiento haya madurado. Lo que hoy es conocimiento puro, doctrina sin aplicación práctica, mañana se convertirá en criterio para actuar, en método fecundo para procurar beneficio a los enfermos. Son demasiado conocidos, para tener que insistir en ellos, los casos de Pasteur y de los Curie, en que partiendo de la física pura, ajena del todo a la medicina, dieron pie a las aplicaciones salvadoras, y de un lado nacieron el conocimiento de las bacterias y su dominio, y del otro, el tratamiento del cáncer.

Esa es la realidad y así se ha hecho la ciencia. Lo que hoy no se conoce en sus alcances, quizá mañana dará la clave. Del conocimiento de las presiones que hay en los vasos pulmonares, que al principio fue investigación fisiológica pura, depende hoy que decidamos o no una operación sobre el corazón. Hacer, pues, esos estudios es esencial, pensando en el mañana. Pero mientras tanto, ¿quién decide? ¿la ciencia? ¿la ley? ¿la religión? Nadie más que el médico mismo, en la dualidad de sus impulsos, su ciencia y su conciencia.

Como se ve, en nuestro tiempo, ya no es sostenible la tesis de Claude Bernard, de la inofensividad completa de los experimentos en el hombre. Ni los métodos indispensables para nuestros estudios de hoy son totalmente inocuos, ni puede preverse su utilidad inmediata o tardía. Por otra parte, el daño del enfermo con las exploraciones armadas se abulta mucho al principio, porque todo lo desconocido es-

panta. Pero si no hubiera los grandes audaces no habría los grandes descubrimientos.

La Iglesia Católica misma, al legislar sobre moral, ha admitido el riesgo en los estudios médicos. El Papa Pío XII, dirigiéndose a los cirujanos, expresó: "Cuando se pueda, habrá que estudiar el tema en el cadáver o en el animal. Cuando eso no sea posible, en el hombre vivo, pero excluyendo todo peligro. Pero como esto no siempre es alcanzable, *porque paralizaría todo avance científico, con daño para los propios pacientes*, hay que dejar el juicio último al médico experimentado y competente. Sin embargo, hay un límite de riesgo que la moral no puede autorizar".

Ese límite de riesgo, más allá del cual empieza la actitud inmoral, ¿cómo precisarlo? ¿cómo precaverse de la locura del hombre ansioso de saber, capaz de sacrificar al enfermo en aras de la medicina? ¿quién debe refrenar sus gestos irresponsables? Ante la imposibilidad de vaciar la solución en una fórmula, no queda sino reservar ciertas exploraciones delicadas y ciertas técnicas que implican un riesgo definido, reservarlas, digo, a los centros médicos calificados, con investigadores y médicos competentes y con el equipo necesario para el dominio pronto de los riesgos. No permitir que esas exploraciones o esas técnicas se vuelvan métodos usuales de consultorio ni instrumentos ciegos en manos inexpertas. Vuelve a surgir la expresión que lo resuelve: una confianza frente a una conciencia.

V. LA RESPONSABILIDAD MORAL DE LOS INVESTIGADORES

En todo este campo nuevo, de estudios complejos y de experimentos, de esperanzas pagadas al precio de peligros,

el investigador que lanza al mundo médico sus hallazgos, tiene también su lote de responsabilidad. Vivimos en una época de producción intensa, en que el orgullo de la obra creadora o el deseo legítimo de ganar la prioridad en un descubrimiento, así sea pequeño, o aun el solo afán de la notoriedad, lanza a los investigadores a una carrera de rapidez. Así se ofrecen al mundo ideas que pueden ser inmaduras y hallazgos no cabalmente confirmados, que pueden hacer más mal que bien. El investigador debe refrenar sus entusiasmos de hombre para quedarse con la serenidad del científico. Si es en materia de tratamiento, no sólo debe mostrar los éxitos sino los fracasos y los puntos de duda. No inducir al uso indiscriminado de lo que apenas está en estudio. No permitir que se confunda lo resuelto con lo que está en etapa experimental. No alentar el entusiasmo irreflexivo de los impreparados ni menos aún, el esnobismo de ciertos profesionales, que están en busca del último anuncio de las novedades.

VI EL SECRETO MEDICO

Nada más comprometido que el secreto médico con el paso del tiempo. "Todo lo que yo vea u oiga en mi trato con los hombres, decía Hipócrates en su Juramento, ya sea en el ejercicio de mi ministerio o fuera de él y que no deba ser revelado, lo mantendré secreto, mirándolo como una cosa sagrada". Con él todos los médicos, de todos los tiempos, aceptaron ésa como una obligación sagrada, equiparándola con el secreto de confesión. De sacerdocio a sacerdocio, el laico de la medicina, no se sentía ni menos noble ni menos obligado que el religioso, en punto a guardar el secreto de los enfermos.

Las leyes de casi todos los países reconocieron y respe-

taron la obligación del médico, como una forma de respetar el derecho del enfermo para confiarse cabalmente, so pena de sufrir las consecuencias en su salud física o mental, orillando con su silencio o sus reservas, a errores en el diagnóstico o en el tratamiento.

Después vinieron las restricciones al secreto impuestas por la ley, en casos de delitos del orden común, y vinieron con ellas los conflictos. Los médicos, en ocasiones prefirieron violar la ley y sufrir las consecuencias, cuando en su conciencia, por las condiciones en que les fue confiado, ese secreto debía conservarse.

Otra restricción más, que la profesión médica generalmente aceptó, sin considerar que por ello faltara a sus deberes morales, fue la declaración obligatoria de ciertas enfermedades contagiosas, particularmente en tiempos de epidemia. El bien común, la necesidad de proteger a grandes masas humanas de los peligros del contagio, explicaba la fácil aceptación, sin suscitar problemas de conciencia. "El secreto profesional, decía Richet, es un ídolo muy hermoso, a condición de no inmolarse muchas vidas humanas".

Pero vino después la medicina socializada y con ella surgieron problemas de moral profesional que no han sido resueltos. El del secreto médico es uno de ellos. El Seguro Social, para impartir su ayuda en casos de enfermedad, para cubrir indemnizaciones, primas de invalidez, seguros de muerte, etc., requiere de información completa y veraz de parte de los médicos. Exige informes detallados en los que nada escapa, ni los antecedentes hereditarios o familiares, que los enfermos guardan celosamente cuando se trata de locura o de epilepsia; ni los antecedentes patológicos, así sean sífilis, embarazos o abortos, y menos aún permitiría la ocultación de la enfermedad en curso, con sus informes de análisis, radiografías, etc.

El secreto profesional queda roto, pulverizado. El Seguro Social tiene sus razones, buenas razones, para saberlo todo, porque sin control riguroso no podría asumir sus grandes responsabilidades económicas. El enfermo tiene también sus buenas razones para no querer librar todos sus secretos, ni permitir que pasen de mano en mano por todas las oficinas, por todos los empleados que intervienen en la tramitación de su ayuda. Y entre los dos está el médico, sollicitado por dos urgencias: la del informe y la del secreto.

Cuando los datos clínicos son sin relieve, o lo que es lo mismo, cuando prácticamente no hay secreto que guardar, sobre todo si el enfermo consiente de buen grado en el informe, no hay conflicto. Este empieza cuando es el caso contrario. En algunos países, como en los escandinavos, o en Holanda, no se le da al conflicto mayor importancia. En Francia, en cambio, sigue dando lugar a largos, apasionados debates. La tradición del secreto médico está allí tan hondamente arraigada, que se lucha por encontrar una fórmula. Se viola el secreto, dicen los médicos. No, afirma el Seguro, sólo se trata de un "secreto compartido". En la realidad, eso es una utopía. La historia clínica, los resultados de una operación, la naturaleza de una biopsia o de unos análisis, todo eso, pasando de mano en mano, de oficina en oficina, deja de ser secreto. La recomendación apremiante que figura en los códigos de moral médica de Francia y de Alemania, para manejar esos documentos con el carácter confidencial, no garantiza en nada lo que se busca. "Secreto que se socializa, se volatiliza" dice Clement. Y eso es penosamente verdad.

Los puntos de vista parecen, hasta ahora, irreconciliables. Sólo se concibe el "secreto médico completo", tradicional, en la medicina privada, como es la del consultorio y la del médico de familia. Ese sigue como secreto cabal.

Pasa a ser "secreto relativo" en el caso de los enfermos de hospital, en que los datos son conocidos por médicos e internos, por estudiantes y enfermeras. Pero como todos ellos son parte de la familia médica, acostumbrada a relatar y discutir públicamente los casos clínicos, pero sin mencionar el nombre de los enfermos, y como en los hospitales no hay obligación, casi nunca, de rendir informes burocráticos, el secreto se conserva en parte, en ámbito restringido. Si no es secreto, es cuando menos discreción obligada, profesional, que basta para proteger al enfermo.

En cambio, cuando se entra al régimen de la Seguridad Social, o sea al "secreto compartido", se entra al terreno de la ficción. Todo lo que puede obtenerse, como en el caso de los hospitales asistenciales, es exigir la regla obligada de la discreción. Del secreto verdadero en ese grupo de enfermos, sólo pueden salvarse las confidencias que el enfermo haga personalmente al médico tratante y que éste considere posibles de guardar, sin cometer infidelidad a su cargo de médico del Seguro. Es de pensarse que haya veces en que sus dos deberes entren en conflicto. En tales casos, ¿quién decide dónde está su obligación moral? ¿con el Seguro? ¿con el enfermo?

VII. REPARTICION DE HONORARIOS

Todos los Códigos de Moral Médica reprueban la repartición oculta de honorarios, hecha a expensas de los intereses del enfermo. Donde el negocio empieza, el decoro de la profesión acaba. Por eso la dicotomía es condenada y el pago de comisiones es reprobado. El Código de Francia es categórico cuando dice: "Se prohíbe toda entrega, aceptación o repartición oculta de dinero entre facultativos". Y

en otro artículo agrega: "la aceptación, la sollicitación o el ofrecimiento de una repartición de honorarios, aunque no haya surtido efectos, constituye una falta profesional grave".

La explicación es clara: la medicina no es un comercio. El médico que exige del cirujano una parte de sus honorarios por confiarle un enfermo, comete un doble atentado, primero contra su colega, explotándolo, y después contra su enfermo, al ponerlo en manos quizá no las mejores, pero sí las más productivas para él, cuando no originándole un aumento en el cobro del cirujano.

Desde el punto de vista de la moral católica, hay autores que admiten que no habría falta grave, si todo ello pasara sin gasto adicional para el enfermo y sin ponerlo en manos inexpertas. Quizá sea así y en esas condiciones no haya falta punible; pero queda, de todos modos, el ejercicio de la medicina como un acto comercial que la degrada y la duda de que el cirujano quizá hubiera sido otro, de no mediar el interés pecuniario.

Este criterio de condena a la repartición de honorarios fue inobjetable en la medicina de ayer, en que la práctica de la misma era personal, individual. Hoy cabe establecer excepciones, al nacer otras formas de ejercer la profesión. Hoy es frecuente el establecimiento de clínicas donde se reúnen, para trabajar en colaboración, varios médicos, todos ellos de diversas especialidades. El paciente es visto inicialmente por uno cualquiera del grupo y después examinado por uno o varios especialistas más, para que cada uno dé la opinión que se le pide. El enfermo cubre la cuota que la clínica fija o bien cubre el todo al médico inicialmente consultado. Se entiende que éste cubre, a su vez, la parte del honorario que corresponda a cada uno de los que intervinieron, todo ello sin informarlo al paciente. ¿Es esto reprochable? ¿constituye una distribución inmoral?

Nada hay que autorice para estimarlo así. La complejidad de la medicina actual requiere a menudo, para dar una correcta atención al enfermo, la intervención de varios médicos, cada uno en su campo. Antes también se solía mandar a los enfermos con otros médicos, en demanda de opinión. Hoy se reúnen éstos para facilitar el trabajo. No se ve nada reprochable, y al contrario, puede ser en beneficio de los enfermos.

Sólo se advierte un riesgo contra la honestidad de esa práctica: sería el abuso indebido, fallando a la confianza del enfermo; el llamado innecesario de consultantes, inspirado en fines de lucro y no de ayuda al paciente. Esto sería someter al enfermo a una explotación. Mientras esto no acontezca, la moral profesional no sufre con esa nueva forma de ejercer la medicina.

Me detengo en esta somera exposición de temas en que queda afectada la moral médica tradicional. No son los únicos, seguramente. Hay algunos tan importantes como el control de la natalidad; como el trabajo apresurado y deficiente, con número fijo de enfermos que deben ser atendidos en corto tiempo. Esos y otros más, en que no voy a detenerme.

Este examen panorámico, que intenta mirar desde lo alto el campo de la moral médica, deja en el ánimo una tranquilidad confortante. A pesar de ciertos desajustes con la vida de hoy y de la acción corrosiva de algunas formas de nuestra civilización, la moral médica conserva, intacta, su valor. Sigue inspirándose en el culto del saber y en el amor del hombre. La inspiración, toda sabiduría, de Hipócrates y el calor humano, apasionado, de Maimónides, siguen, como dos llamas, ardiendo en nuestros altares. Y

junto a ellas, el mensaje eterno de Cristo, que habla de amor y caridad. Eso es lo que está en el fondo de la moral de nuestra profesión y es lo que le confiere su valor eterno.

A pesar de esta convicción, hay algo, adentro, que sufre de las angustias de la duda. Que sufre y que pregunta: ¿Resistiremos, sin desmerecer, esta transformación profunda de la medicina de Estado, con su personaje central, el médico funcionario en vez del médico sacerdote o confidente? ¿Irá muriendo poco a poco, este diálogo íntimo entre el paciente y su médico, para cambiarse en un trabajo rutinizado, mecanizado, cronometrado, a razón de tantas "fichas" de consulta por hora? Y aun del lado científico mismo, ¿el interés por la medicina irá ahogando el interés por el enfermo? ¿Resistiremos esta erosión espiritual, que nos lleva a deshumanizar la medicina?

Para esa voz interior que pregunta con angustia, yo no tengo la respuesta. Pero confío en que exista, y elevó mi esperanza cuando oigo, a través de los siglos, la plegaria de Maimónides: "Pueda, Señor, descubrir ahora en mi saber lo que ayer no suponía, porque el arte es grande, y el espíritu del hombre penetra siempre más adelante".

ESTE FOLLETO SE IMPRIMIÓ EN LOS
TALLERES GRÁFICOS DE LA EDITO-
RIAL UNIVERSITARIA POTOSINA, POR
ACUERDO DEL RECTOR DE LA UNI-
VERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS
POTOSÍ, SR. LIC. GUILLERMO ME-
DINA DE LOS SANTOS. LA EDICIÓN
ESTUVO AL CUIDADO DEL DR. JOSÉ
MIGUEL TORRE, SE CONCLUYÓ EL
DÍA 30 DE JULIO DE 1964 Y SE TI-
RARON 500 EJEMPLARES.

